



**WELL CHILD EXAM -
ADOLESCENCE: 16 YEARS**
(Meets EPSDT Guidelines)

DATE

ເປົ້າວະຊົນ: 16 ປີ

ເປົ້າວະຊົນທີ່ຕ້ອງປະກອບ ກ່ຽວກັບຕົນເອງ	ຊື່ໄດ້ກ		ວັນເກີດ
	ອາການພິດ		ປາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ
	ອາການຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາ/ສິ່ງກັງວົນ ນັບແຕ່ມາເທື່ອສຸດທ້າຍ		ມີນີ້ຂ້າພະເຈົ້າມີຄໍາຖາມກ່ຽວກັບເນື້ອງ:
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອຍກິນເວົ້າເຊົ້າທຸກມື້.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອຍເຮັດກິຈກັມດ້ານຮ່າງກາຍທຸກມື້.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອຍມີຜູ້ໃດຜູ້ນຶ່ງທີ່ອ້ອຍສາມາດເວົ້ານໍາໄດ້.		<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອຍໄດ້ນອນພຽງພໍ: _____ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ຄືນ.	
<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອຍພໍໃຈນໍາການກະທໍາຂອງອ້ອຍທີ່ໂຮງຮຽນ ແລະ/ຫລື ບ່ອນເຮັດວຽກ.			

WEIGHT KG./OZ. PERCENTILE	HEIGHT CM/IN. PERCENTILE	BLOOD PRESSURE	Diet _____
---------------------------	--------------------------	----------------	------------

<input type="checkbox"/> Review of systems	<input type="checkbox"/> Review of family history
Screening:	
	MHZ R L
Hearing Screen	4000 _____
	2000 _____
	1000 _____
	500 _____
Vision Screen	R 20/ _____ L 20/ _____
	N A
Development	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Behavior	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Social Emotional	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Mental Health	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Physical:	
General appearance	N A
Skin	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Head	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Eyes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Ears	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Nose	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Oropharynx/Teeth	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Neck	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
Nodes	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____
	N A
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Chest
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Lungs
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Cardiovascular/Pulses
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Abdomen
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Genitalia
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Spine
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Extremities
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Neurological
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> Gait
Describe abnormal findings and comments:	

<input type="checkbox"/> Review Immunization Record
<input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> Dental Referral
<input type="checkbox"/> Cholesterol
Health Education: (Check all discussed/handouts given)
<input type="checkbox"/> Nutrition/weight control <input type="checkbox"/> Regular physical activity/Sports
<input type="checkbox"/> Seat belts/Driving <input type="checkbox"/> Injury prevention/safety
<input type="checkbox"/> Tobacco Use <input type="checkbox"/> Drugs/Alcohol <input type="checkbox"/> STD/HIV/AIDS
<input type="checkbox"/> Sex education/birth control <input type="checkbox"/> Suicide/Depression
<input type="checkbox"/> Dental Care <input type="checkbox"/> Self Exam <input type="checkbox"/> Future Plans
<input type="checkbox"/> Other: _____
Assessment/Plan: _____

NEXT VISIT: 18 YEARS OF AGE	HEALTH PROVIDER NAME
HEALTH PROVIDER SIGNATURE	HEALTH PROVIDER ADDRESS

ADOLESCENCE: 16 YEARS

Guidance to Physicians and Nurse Practitioners for Adolescence (16 years)

The following highlight EPSDT screens where practitioners often have questions. They are not comprehensive guidelines.

Fluoride Screen

Fluoride supplements should be considered for all children drinking fluoride deficient (<0.6 ppm F) water. Before supplements are prescribed, it is essential to know the fluoride concentration of the patient's drinking water. Once the fluoride level of the water supply has been evaluated, either through contacting the public health officials or water analysis, as well as evaluating other sources of fluoride, the daily dosage schedule can be recommended. Pediatric Dentistry: Reference Manual 1999--00.(21)5.

Screens for Sexually Active Teens

- Gonorrhea/chlamydia.
- Pap smear.
- Human immunodeficiency virus (HIV).

Hepatitis B Vaccine

- For children and adolescents not vaccinated against hepatitis B in infancy, begin the hepatitis B vaccine series during any childhood visit. Give the second dose at least one month after the first dose and give the third dose at least four months after the first dose and at least two months after the second dose.

High Risk Behavior

Discuss behaviors such as these:

- Depression.
- Drugs.
- Smoking.
- Sexual contacts (and need for protection and contraception).
- Suicide.
- Guns.

Notes: Immunization schedules are from the Advisory Committee on Immunization Practice of the U.S. Centers for Disease Control and Prevention.



ການກວດເດັກໃຫ້ມີສຸຂະພາບດີ - ເຍົາວະຊົນ: 16 ປີ
 WELL CHILD EXAM - ADOLESCENCE: 16 YEARS
 (ເຮັດຕາມຄຳຊີ້ນຳ EPSDT)

ວັນທີ _____

ເຍົາວະຊົນ: 16 ປີ

ເຍົາວະຊົນຕ້ອງປະກອບ ກ່ຽວກັບຕົນເອງ	ຊື່ເດັກ		ວັນເກີດ
	ອາການພຶດ	ປາທີ່ໃຊ້ຢູ່ໃນປະຈຸບັນ	
	ອາການເຈັບເປັນ/ອຸປະຕິເຫດ/ບັນຫາ/ສິ່ງກັງວົນ ນັບແຕ່ມາເທື່ອສຸດທ້າຍ		ມີນີ້ເຮົາພະເຈົ້າມີຄຳຖາມກ່ຽວກັບເນື້ອງ:
	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອມກິນເວົ້າເຊົ້າທຸກມື້.	ແມ່ນ ບໍ່ <input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອມເຮັດກິຈກັມດ້ານຮ່າງກາຍທຸກມື້.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອມມີຜູ້ໃດຜູ້ນຶ່ງທີ່ອ້ອຍສາມາດເວົ້ານຳໄດ້.	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອມໄດ້ນອນພຽງພໍ; _____ ຊົ່ວໂມງຕໍ່ຄືນ.	
	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> ອ້ອມພໍໃຈນຳການກະທຳຂອງອ້ອຍທີ່ໂຮງຮຽນ ແລະ/ຫລື ບ່ອນເຮັດວຽກ.		

ນ້ຳໜັກ KG./OZ. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ສູງ CM/IN. ຕໍ່ຮ້ອຍ	ຄວາມດັນເລືອດ	ອາຫານ _____
------------------------	--------------------	--------------	-------------

<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງລະບົບ	<input type="checkbox"/> ການທົບທວນເບິ່ງປະວັດຄອບຄົວ																												
<table style="width:100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width:15%;">ການກວດ:</td> <td style="width:15%;">MHZ</td> <td style="width:15%;">R</td> <td style="width:15%;">L</td> </tr> <tr> <td>ການກວດໝູ</td> <td>4000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>2000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>1000</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td></td> <td>500</td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> <tr> <td>ການກວດຕາ</td> <td>R 20/</td> <td>_____</td> <td>L 20/</td> </tr> <tr> <td></td> <td></td> <td>_____</td> <td>_____</td> </tr> </table>		ການກວດ:	MHZ	R	L	ການກວດໝູ	4000	_____	_____		2000	_____	_____		1000	_____	_____		500	_____	_____	ການກວດຕາ	R 20/	_____	L 20/			_____	_____
ການກວດ:	MHZ	R	L																										
ການກວດໝູ	4000	_____	_____																										
	2000	_____	_____																										
	1000	_____	_____																										
	500	_____	_____																										
ການກວດຕາ	R 20/	_____	L 20/																										
		_____	_____																										
ການເຕີບໂຕ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ການປະພຶດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ອາຣົມທາງສັງຄົມ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ສຸຂະພາບຈິດ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ຮ່າງກາຍ:																													
ທັສນະທົ່ວໄປ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ຜິວໜັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ຫົວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ຕາ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ໝູ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ດັງ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ປາກຄໍ/ແຂ້ວ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ຄໍ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ຂອດໂນ	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/> _____																												
ອະທິບາຍສິ່ງທີ່ພົບວ່າບໍ່ປົກກະຕິ ແລະຄວາມເຫັນຕ່າງໆ:																													

<input type="checkbox"/> ບັນທຶກການທົບທວນເບິ່ງການສັກຢາກັນໂຮກ <input type="checkbox"/> Hgb/Hct _____ <input type="checkbox"/> TB <input type="checkbox"/> ການສິ່ງໄປປົວແຂ້ວ <input type="checkbox"/> ໄຂມັນ ການສຶກສາສຸຂະພາບ: (ໝາຍທຸກຢ່າງທີ່ໄດ້ປຶກສາກັນ/ເອົາໃບຂ່າວຂໍ້ມູນຕ່າງໆໃຫ້) <input type="checkbox"/> ທາດບຳລຸງອາຫານ/ຄຸນນ້ຳໜັກ <input type="checkbox"/> ກິຈກັມຮ່າງກາຍປົກກະຕິ/ການກິລາຕ່າງໆ <input type="checkbox"/> ສາຍຮັດການຂັບຮີດ <input type="checkbox"/> ການປ້ອງກັນບາດເຈັບ/ຄວາມປອດໄພ <input type="checkbox"/> ໃຊ້ຢາສູບ <input type="checkbox"/> ຢາ/ເຫລົ້າ <input type="checkbox"/> ພະຍາດ STD/HIV/AIDS <input type="checkbox"/> ການສຶກສາຮ່ວມເພດ/ຄຸນກຳເນີດ <input type="checkbox"/> ຂ້າໂຕຕາຍ/ຄວາມກົດດັນ <input type="checkbox"/> ການປົວແຂ້ວ <input type="checkbox"/> ກວດໂຕເອງ <input type="checkbox"/> ແຜນຊີວິດອະນາຄົດ <input type="checkbox"/> ອື່ນໆ: _____
ການປະເມີນ/ແຜນການ: _____

ມາພົບເທື່ອໜ້າ: ອາຍຸ 18 ປີ	ຊື່ຜູ້ປິ່ນປົວສຸຂະພາບ
ລາຍເຊັນຜູ້ໃຫ້ການປິ່ນປົວສຸຂະພາບ	ບ່ອນຢູ່ຜູ້ປິ່ນປົວສຸຂະພາບ

ເຍົາວະຊົນ 16 ປີ

ຄວາມຫວັງໄຍຕໍ່ສຸຂພາບຂອງທ່ານເມື່ອອາຍຸຮອດ 16 ປີ

ສິ່ງທີ່ຮ່າງກາຍຂອງທ່ານຕ້ອງການ

ວິທີທາງທີ່ທ່ານສາມາດຊ່ວຍຮ່າງກາຍຂອງທ່ານລະຫວ່າງອາຍຸ 16 ຫາ 18 ປີ.

ທ່ານຕ້ອງໄປກວດສຸຂພາບ, ສາຍຕາ ແລະ ຫູ ນຳທ່ານໜ້ອຍຂອງທ່ານຢ່າງສມຳສເນີ. ທ່ານຄວນໄປຫາໝໍປິວແຂ້ວຢ່າງໜ້ອຍປີລະເທື່ອ.

ທ່ານຕ້ອງໄດ້ນອນຢ່າງນ້ອຍ 8 ຊົ່ວໂມງ ແຕ່ລະຄືນເພື່ອໃຫ້ປະຕິບັດໄດ້ດີທີ່ສຸດຢູ່ໃນໂຮງຮຽນ, ບ່ອນເຮັດວຽກ ຫລື ເວລາອື່ນໆ. ໃຫ້ຫລີກເວັ້ນການເຮັດວຽກເພີ່ມ ຖ້າມັນຕັດການນອນຂອງທ່ານລົງ.

ການອອກແຮງແມ່ນວິທີທີ່ມີປະສິດທິຜົນທີ່ສຸດ ເພື່ອຄຸມນ້ຳໜັກຂອງທ່ານ. ການກິນຕ້ອງຖືກວາງແຜນ ແລະ ຄວບຄຸມ. ການກິນຢາລະບາຍ ຫລື ຮາກສາມາດເປັນອັນຕະຣາຍຕໍ່ຮ່າງກາຍຂອງທ່ານ. ຮ່າງກາຍຂອງທ່ານບໍ່ໄດ້ຮັບອາຫານທີ່ຕ້ອງການເພື່ອການເຕີບໃຫຍ່. ຖ້າທ່ານມີໝູ່ທີ່ຮາກ ຫລື ໃຊ້ຢາລະບາຍເພື່ອຄຸມນ້ຳໜັກຂອງເຂົາເຈົ້າເຂົາເຈົ້າຕ້ອງການຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ.

ສຳລັບຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ ຫລື ຂໍ້ມູນເພີ່ມເຕີມ

ສາຍຊ່ວຍຄອບຄົວ: 1-800-932-4673
ສາຍຊ່ວຍສຸກເສີນແຫ່ງຊາດ: 1-800-999-9999
ຫລື ສາຍສຸກເສີນແຫ່ງຊາດ ເມືອງຜູ້ບ່າວ: 1-800-448-3000.

ຂໍ້ມູນເພດສຳພັນສຳລັບຊາວໜຸ່ມ:
www.teenwire.com.

ສຳລັບຂໍ້ມູນກ່ຽວກັບຊາວໜຸ່ມກະເທີຍຊາຍ ແລະ ກະເທີຍຍິງ ໃຫ້ຕິດຕໍ່: PFLAG (ພໍ່ແມ່, ຄອບຄົວ, ແລະ ໝູ່ເພື່ອນຂອງຜູ້ຮ່ວມເພດດຽວກັນ ແລະ ກະເທີຍ) www.pflag.com ຫລື 202-467-8180.

ສຳລັບການກິນບໍ່ປົກກະຕິໃຫ້ຕິດຕໍ່:
www.allabouteatingdisorders.com.

ການປະພຶດແບບສົມບູນ

ຮຽນຮູ້ກ່ຽວກັບເພດສຳພັນຂອງທ່ານ, ການອິດກັນ, ການແຜ່ຂ່າຍພະຍາດທາງເພດ ແລະ ການຄຸມກຳເນີດ. ໃຫ້ແນ່ໃຈວ່າທ່ານຮູ້ວິທີ ແລະ ເປັນຫຍັງຈຶ່ງເວົ້າ "ບໍ່" ຕໍ່ເພດ. ໃຫ້ປຶກສານຳພໍ່ແມ່ ຫລື ຜູ້ແນະນຳພື້ນກະສຽນກ່ຽວກັບການຕັດສິນໃຈດ້ານເພດສຳພັນ.

ການສູບຢາໃຫ້ຫວັດແກ່ທ່ານ, ເປັນດັງສະດວງ, ມະເຮັງ, ປາກເໝັນ ແລະ ເຮັດໃຫ້ເຄື່ອງນຸ່ງ ແລະ ຜົມຂອງທ່ານເຫມັນ.

ການປ່ຽນແປງໄປທາງລິບຢ່າງຫລວງຫລາຍໃນຄວາມຮູ້ສຶກ, ການປະພຶດ, ເພື່ອນຜູງ, ວຽກໂຮງຮຽນ ແລະ ການໄປໂຮງຮຽນຂອງທ່ານທັງໝົດ ອາດເປັນເຄື່ອງໝາຍຂອງຄວາມກົດດັນ. ຖ້າທ່ານຄິດວ່າທ່ານຢູ່ໃນຄວາມກົດດັນໃຫ້ໄປຫາທ່ານໜ້ອຍຂອງທ່ານ ຫລື ໂທໃຫ້ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານຊ່ວຍ ຫລື ຖ້າເຫັນວ່າໝູ່ຮູ້ຜູ້ນຶ່ງໂສກເສົ້າຫລາຍ ຫລື ໃຈຮ້າຍ ແລະ ການປະພຶດຂອງເຂົາເຈົ້າປ່ຽນໄປ, ໃຫ້ຮູ້ບ່ອນໄປຫາຄວາມຊ່ວຍເຫລືອ.

ແຕ່ລະມື້ໃຫ້ໃຊ້ເວລາຢ່າງໜ້ອຍເທົ່າກັບເວລາທີ່ທ່ານໃຊ້ເບິ່ງ ທີວີ ຫລື ໃຊ້ຄອມພິວເຕີ ນັ້ນ ອອກແຮງ ຫລື ຢູ່ກັບໝູ່ຮູ້ຂອງທ່ານ.

ຊາວໜຸ່ມຫລາຍຄົນຮູ້ຊາວໜຸ່ມຜູ້ທີ່ອາດເປັນກະເທີຍຊາຍ ຫລື ກະເທີຍຍິງທ່ານອາດຕ້ອງການເວົ້າກ່ຽວກັບເຮື່ອງນີ້. ທ່ານສາມາດໂທຫານຶ່ງໃນຈຳນວນອົງການທີ່ຊ່ວຍຊາວໜຸ່ມກະເທີຍຊາຍ ຫລື ຍິງ, ຄອບຄົວເຂົາເຈົ້າ, ແລະ ໝູ່ຮູ້ຂອງເຂົາເຈົ້າ.

ວຽກຕາມໃຈສມັກ ແລະ ຄວາມສາມາດພິເສດອາດເປັນສິ່ງເລີ່ມຕົ້ນຂອງອາຊີບມັນຊ່ວຍໃຫ້ທ່ານຮູ້ສຶກພູມໃຈກ່ຽວກັບທ່ານເອງ. ຊຸດຄືນຫາສິ່ງທີ່ທ່ານສົນໃຈ ເຊັ່ນ ກິລາ, ລະຄອນ, ສິລປະ, ດົນຕີ, ຮຽນຖ່າຍຮູບ, ຫລື ການເຮັດເຄື່ອງເອ້.

ຄຳແນະນຳດ້ານຄວາມປອດໄພ

ການອັບຣິດແມ່ນສ່ຽງຫລາຍສຳລັບຜູ້ອັບໝຸ່ມ ເວລາມີຄືນອື່ນຳຊຶ່ງເປັນຊາວໜຸ່ມອື່ນ. ທ່ານ ແລະ ພໍ່ແມ່ຂອງທ່ານຄວນຕົກລົງກັນກ່ຽວກັບກົດຮະບຽບອັນຊັດເຈນກ່ຽວກັບການອັບຣິດ, ໂດຍສະເພາະກັບໝູ່ຮູ້ຂອງທ່ານ. ເຊັ່ນຕົວຢ່າງ, ຜູ້ອັບທຸກຄືນ ແລະ ຜູ້ອື່ນຳທຸກຄືນຕ້ອງຮັດສາຍຮັດທຸກເວລາ. ບໍ່ອັບຣິດເວລາເມົາຫລື ອື່ນຳຜູ້ໃດຜູ້ນຶ່ງທີ່ກິນເຫລົ້າມາ.

ຈົ່ງຮູ້ໄວ້ວ່າ "ໝູ່ບໍ່ພຽງແຕ່ບໍ່ໃຫ້ໝູ່ເມົາອັບຣິດ," ເຂົາເຈົ້າຍັງບໍ່ອະນຸຍາດໃຫ້ໝູ່ຮູ້ອື່ນຳຄືນເມົາອີກດ້ວຍ.

ໃຊ້ແນວກັນແດດ. ຕາກແດດເກີນໄປເຮັດໃຫ້ເກີດຮອຍໜັງຍານ ແລະ ມະເລັງ.